47e Année, IIIe Série, t. I. NUMÉRO 50. 11 Décembre 1879.

JOURNAL DES

CONNAISSANCES MÉDICALES

PRATIQUES ET DE PHARMACOLOGIE

PARAISSANT TOUS LES JEUDIS

FONDÉ PAR LE Dr CAFFE

PRIX DE L'ABONNEMENT.

Paris et départements, 10 fr. — Union générale des postes, 12 fr. 50. — États-Unis, 14 fr. — Autres pays, 15 francs.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le N° : 20 cent. — Par la poste : 25 cent.

Publié par V. CORNIL

Professeur-agrégé de la Faculté de médecine, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine, rédacteur en chef.

Secrétaire de la Rédaction : le Dr V. GALIPPE

Ancien chef du laboratoire des Hautes études à l'École de pharmacie de Paris, Membre de la Société de Biologie.

ABONNEMENTS.

Pour ce qui concerne les abonnements et l'administration du Journal, s'adresser au docteur Galippe, 48, rue Sainte-Anne. Lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 5 heures; mardi, jeudi, samedi, de midi à 1 heure.

SOMMAIRE DU NUMERO :

La Séance de l'Académie. — **Clinique interne**: Epilepsie compliquée de paralysie générale, service du Dr MAGNAN, médecin du bureau d'admission de l'asile Sainte-Anne. — **Clinique externe** : Localisations cérébrales et traumatisme du crâne, leçons cliniques faites à l'hôpital de la Pitié, par M. le Dr TERRILLON, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé (suite). — **Ecole de pharmacie** : Pharmacie galénique, cours de M. le professeur BOURGOIN, membre de l'Académie de médecine, première leçon (à suivre). — **Pathologie comparée**: Etude sur une épizootie de typhus de porc, par M. MÉGNIN (à suivre). — **Sociétés savantes** : *Académie de médecine*, séance du 9 décembre 1879. *Société de biologie*, séance du 29 novembre 1879. — **Varietés**: Des modifications introduites dans le programme des connaissances requises pour l'obtention du certificat d'herboriste. — **Bibliographie** : De la méthode sanglante dans les rétrécissements de l'urèthre, par le Dr GRÉGORY. — **Nouvelles.** — **Index bibliographique**.

Vente au Numéro chez tous les Libraires. — Dépôt à la librairie **Frédéric Henry**, 13, rue de l'Ecole-de-Médecine, qui reçoit les abonnements

AVIS

Tout abonné nouveau recevra gratuitement le journal, à titre de prime, d'octobre 1879 à janvier 1880.

La Séance de l'Académie.

Brrr ! Tel est le bruit que font entendre et les académiciens fourrés des pieds à la tête, et les modestes journalistes. La neige et le froid sibérien, dont nous souffrons actuellement, ont fait de nombreux vides dans les rangs académiques. Le bureau même est enrhumé dans la personne de son président absent. M. Bouley, qui remplace M. Richet, est bien l'homme de la situation, ce n'est pas lui qu'on accusera jamais de jeter un froid... Au contraire, grâce à son esprit d'à-propos et à sa bonne humeur, il ferait dégeler l'auditoire le plus récalcitrant.

Notre collègue, M. de Pietra Santa, a fait une lecture extrêmement riche en documents étrangers, et dont nous donnons une courte analyse.

M. le Dr Peter lui a succédé à la tribune et a fait une intéressante lecture sur les températures morbides locales. Comme on le voit, l'honorable académicien a rajeuni des idées déjà anciennes. Il nous a semblé que M. Peter avait manqué de clarté et de précision dans les explications qu'il a données sur les instruments dont il s'est servi. C'est là cependant un point capital, car pour apprécier des dixièmes de degré et édifier une théorie sur de petites fractions, il faut avant tout avoir une méthode expérimentale à l'abri de la critique. Nous attendons avec impatience que M. Peter fasse connaître avec détails les instruments dont il se sert, ainsi que les lois physiques, dont ils sont l'application.

Nous avons commis, dans notre dernier numéro, un oubli impardonnable. Une demoiselle de bonne famille a cru devoir laisser là les occupations qui embellissent ordinairement la vie des jeunes filles pour « piocher » la thérapeutique. La science embellit et purifie tout ce qu'elle touche, c'est probablement ce qu'a compris Mlle B., car elle s'est adonné tout particulièrement à la guérison des chancres et des maladies vénériennes, et elle adresse à l'Académie une plante souveraine contre ces désagréables épines de l'amour? Mlle B. a-t-elle déjà obtenu des guérisons? A-t-elle fait de nombreuses expériences ? Nous l'ignorons, mais pourquoi diantre! une jeune fille a-t-elle choisi un pareil sujet d'études? Il ne nous manquait plus que la vierge aux chancres !

CLINIQUE INTERNE

Epilepsie compliquée de paralysie générale. — Observation recueillie par M. Marcel Briand, interne du service.)

Asile clinique d'aliénés de Saint-Anne (Bureau d'admission).

Le 6 avril dernier, M... (Marie), âgée de 32 ans, entrait dans le service de MM. Magnan et Bouchereau, pour y être traitée d'épilepsie et d'excitation maniaque consécutive aux attaques.

D'après les renseignements qui sont fournis par le mari, son père était ivrogne, mais il n'y aurait jamais eu d'aliénés dans la famille; Elle n'a fait aucune maladie, et a toujours été emportée et violente comme le sont généralement les épileptiques. C'est seulement à l'âge de 18 ans qu'on se serait aperçu de sa maladie et qu'elle aurait eu sa première attaque, mais il est probable qu'elle avait déjà depuis longtemps soit des attaques nocturnes, soit des vertiges qui passaient inaperçus. Du reste, pour confirmer cette opinion, nous devons ajouter qu'après cette première attaque elle fut très longtemps sans en offrir de nouvelles pendant le jour, tandis qu'au contraire elle en avait fréquemment la nuit, que son mari ne remarqua probablement que parce que son attention avait été attirée sur ces accidents; les attaques étaient assez fréquentes et se montraient de préférence pendant la période cataméniale. Après les règles elles devenaient de moins en moins fréquentes, et à l'inverse de ce qui se passe ordinairement, elles finirent par devenir tout à fait rares. La dernière est antérieure de deux mois à son entrée dans le service, et déjà elle était restée huit mois sans présenter aucun phénomène convulsif. La malade est avertie de l'attaque par une aura sensitive ayant son point de départ dans le pied droit pour remonter le long de la jambe, gagner successivement la cuisse, le tronc, le cou et la tête : Marie tombe brusquement à terre en poussant un cri, a des convulsions, se mord la langue, urine involontairement, et ne se souvient ensuite de rien de ce qui se passe. Ces différents symptômes ne laissent aucun doute sur le caractère de l'attaque.

Un an avant son entrée elle commençait à se plaindre de maux de tête et de crampes dans les jambes ; en même temps son mari remarque un changement dans le caractère. Comme cela se passe ordinairement au début de la paralysie générale, la malade tout en étant emportée devenait plus facile à conduire, elle s'abandonnait plus volontiers, ce qui constituait chez elle un grand changement dans l'humeur, car il ne faut pas oublier qu'étant épileptique elle devait avoir l'attitude ordinaire de ces malades, qui sont tantôt violents, tantôt obséquieux à l'excès ; l'épilepsie faisant place à une autre maladie, le carractère de Marie subissait des changements en rapport avec ce nouvel état morbide; son mari la trouvait meilleure et surtout plus docile. Elle baissait intellectuellement, devenait négligente, moins soigneuse, faisait moins bien son ouvrage, tout en se croyant très habile, et au mois de février dernier, elle en arrivait à ne plus pouvoir terminer une robe qu'elle devait faire.

Quinze jours avant son arrivée dans le service elle fut prise d'activité désordonnée, coupait ses robes, remuait tout dans son ménage, lavait son linge au milieu de la chambre, parlait de se mettre concierge, pour gagner beaucoup d'argent, et faisait de nombreux projets incohérents.

A son entrée, Marie présente tous les symptômes de la paralysie générale ; elle a des idées ambitieuses, raconte qu'à 16 ans un prince russe lui a fait un enfant et lui a donné 100,000 fr., avec une belle montre en argent, un lit en or et un brasselet en brillants ; elle se dit très jolie fille, elle a un bataillon de toilettes; ses yeux sont en diamants, et les enfants de Napoléon lui font la cour. Quand elle aura son argent elle achètera le ciel et la terre, bâtira des villes, etc., etc. L'hésitation de la parole est intermittente ; les pupilles sont mobiles, inégales, la gauche restant plus large que la droite. La sensibilité est obtuse sur toute la surface du corps. Les facultés intellectuelles sont affaiblies en masse, ce qui indique une lésion diffuse généralisée, et quoique Marie présente une grande excitation maniaque, il est facile de se convaincre, par un examen approfondi, que son jugement est très amoindri. Elle n'apprécie que très imparfaitement la valeur des faits ou des actes les plus élémentaires, elle est indifférente à ce qui se passe autour d'elle, et se laisse conduire avec la plus grande docilité, tout en parlant de dominer le monde entier.

Vers le 20 août, Marie présente des idées hypochondriaques avec des idées de grandeur; elle se plaint d'avoir dans le corps des bêtes féroces qui donnent de la vermine. Les règles apparaissent à la fin d'août.

Le 2 septembre, elle a pour la première fois depuis son arrivée un vertige qui s'accompage de quelques convulsions dans les muscles de la face ; après le vertige elle reste hallucinée pendant un instant et peu après ne se souvient plus de ce qui vient de se passer.

Le 4. Elle a un étourdissement suivi d'obtusion pendant le reste de la journée, avec faiblesse très marquée du côté droit.

Pas de troubles du langage. L'hémiplégie diminue peu à peu, au bout de quelques jours, pour être remplacée par de l'excitation. En même temps les hallucinations augmentent; le 11, Marie casse des carreaux pour faire signe au petit prince qui l'appelle et elle lui répond. Bientôt il ne lui suffit plus de répondre et elle fait à la fois les demandes et les réponses d'une conversation absolument incohérente; de temps à autre, quelques idées de persécution apparaissent : on prévient la malade que ses aliments sont empoisonnés; au moment de les porter à ses lèvres, elle s'arrête parce que le petit prince lui recommande d'attendre une meilleure cuisine qu'il lui fait préparer. On ne peut la décider à se nourrir qu'en goûtant avec elle ses aliments et en les lui offrant de la part de plusieurs personnages illustres. Elle se vante de parcourir la ville pendant la nuit avec tous les députés, et au milieu des descriptions emphatiques de sa promenade, elle s'interrompt tout à coup pour se plaindre d'être empoisonnée.

Depuis quelques jours Marie est continuellement en mouvement; elle marche sans s'arrêter en agitant son bras d'une façon automatique. C'est dit-elle pour tirer la mitrailleuse et tuer les Prussiens. La pupille gauche reste plus large, et l'hésitation de la parole devient appréciable surtout quand la malade parle de ses millions, ou de ses diamants. Elle prétend avoir une centaine d'enfants dans le ventre; les sœurs veulent les cuire, mais Rothschild saura bien la défendre ; il doit du reste lui donner de l'argent pour visiter tous les pays du monde en attendant que la ville de Paris lui rende les 150 millions qui lui sont dus.

Marie n'a jamais eu d'attaque d'épilepsie dans le service, et n'a présenté qu'un seul vertige à notre observation. La dernière grande attaque remonte à deux mois avant son entrée.

Le traitement a consisté au début et pendant les périodes d'excitation en l'administration du bromure de potassium. Un peu plus tard elle a été soumise à l'action combinée de l'iodure de potassium, des purgatifs aloétiques, des bains de pieds sinapisés et de quelques bains généraux. Nous ajouterons que le *no-restraint* le plus rigoureux a toujours été employé chez Marie comme chez tous les autres malades du service qui ne sont jamais sous aucun prétexte fixées soit avec la camisole, soit même avec le manchon. L'isolement dans la cellule capitonnée a seul été employé dans les cas de trop grande agitation.

Cette observation nous a paru intéressante à publier, surtout parce que les faits analogues sont rares; en effet, bien que la paralysie générale ait été indiquée par certains auteurs, non seulement comme une terminaison possible mais encore comme une terminaison assez fréquente de l'épilepsie à cause de la poussée congestive qui accompagne chaque attaque, le fait est loin d'être démontré et malgré les recherches auxquelles s'est livré notre chef de service, M. Magnan, il n'a pu dans ses leçons sur la paralysie générale n'en indiquer qu'un petit nombre de cas. L'opinion erronée qui établit un lien direct entre l'épilepsie et la paralysie générale tient à ce que, d'un côté, on avait considéré comme atteintes de paralysie générale, des épileptiques en démence ayant un embarras de la parole symptomatique d'une lésion circonscrite, et que d'un autre côté des attaques épileptiformes du début de la paralysie générale à marche lente ont été prises pour des attaques d'épilepsie franche.

La congestion passagère déterminée par l'état de mal, est intimement liée au premier temps de l'attaque (stade tonique) (1); elle provoque bien parfois quelques suffusions sanguines qu'on peut retrouver à l'autopsie, mais ce sang extravasé est insuffisant à provoquer le travail inflammatoire du début de la paralysie générale.

Les épileptiques peuvent cependant devenir paralytiques, mais ils ne sont pas plus prédisposés à cette phlegmasie chronique et diffuse de l'encéphale, que ne le sont les autres individus. Il y en a cependant parmi eux un certain nombre pour lesquels il faut faire une exception : ce sont ces malades ayant des attaques épileptiformes à la suite d'excès habituels d'absinthe, ou même simplement liées à l'alcoolisme chronique et qui se terminent par la paralysie générale ; mais alors il est bien évident que dans ces cas on a affaire à des sujets se trouvant dans la catégorie ordinaire des paralytiques généraux, puisqu'ils se sont toujours soumis à ces conditions étiologiques qui par elles-mêmes finissent par provoquer une méningo-encéphalite chronique interstitielle diffuse. Au contraire les épileptiques des asiles, à l'abri des excès qui provoquent la paralysie générale, tombent à la longue dans la démence simple ou dans la démence avec paralysie partielle.

Nous ajouterons en terminant que nous avons pu récemment observer dans le service un second malade à peu près semblable à la femme dont nous venons de parler. Cet homme, dont le diagnostic a été récemment très controversé par plusieurs médecins, à propos d'un examen particulier dont il était l'objet, était entré une première fois, il y a deux ans, au bureau d'admission avec tous les caractères de l'épilepsie. Rendu à la liberté après un séjour momentané à Bicêtre, il avait fait de nombreux excès de boissons et à sa seconde entrée à Sainte-Anne, il y a trois mois environ, il présentait tous les signes de la paralysie générale.

CLINIQUE EXTERNE

LEÇONS CLINIQUES

Faites à l'*hôpital de la Pitié*, service de M. le professeur VERNEUIL, par le Dr TERRILLON, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté (recueillies et rédigées par Charles LEROUX, interne des hôpitaux).

CINQUIÈME LEÇON. — Localisations cérébrales et traumatisme du crâne.

(Suite.)

Ce dernier chirurgien a non seulement posé les règles de cette intervention, mais il n'a pas craint d'affirmer que, loin de se contenter d'une seule trépanation, on pouvait couvrir pour ainsi dire la région motrice d'une couronne de trépan, pour enlever les traces d'une lésion, même assez étendue.

Ces idées, jusqu'à présent un peu théoriques, n'ont reçu encore que des applications très restreintes, d'abord parce que souvent il existe une plaie du crâne qui est un guide pour l'opérateur, ensuite parce que, très souvent, les phénomènes, malgré leur localisation apparente, sont plus ou moins diffus, et peuvent gêner ainsi ou rendre inutile l'intervention chirurgicale.

Revenons maintenant encore une fois à notre malade et voyons ensemble quelles sont les raisons pour lesquelles je n'ai pas cru devoir appliquer la trépanation, malgré les phénomènes localisés qu'il présentait.

La première raison était la nature même de la lésion que j'avais diagnostiquée.

N'admettant ni compression par un épanchement sanguin abondant, ni irritation du cerveau par un enfoncement du crâne, je n'aurais pu avoir pour objectif probable que de pénétrer dans l'arachnoïde et d'enlever à grand'peine une couche mince de sang répandu dans cette cavité. Or, nous savons que le sang, répandu en quantité même assez abondante dans les cavités séreuses, donne bien lieu à des phénomènes d'irritation et d'inflammation passagères, mais que ces lésions secondaires sont rarement

(1) Voir Magnan 1° in Archives de physiologie normale et pathologiques (mars et mai 1873). Recherches de physiologie pathologique avec l'alcool, l'essence d'absinthe. Epilepsie.

2° In Comptes-rendus et mémoires de la Société de biologie (séance du 14 avril 1877) Page 183.

graves, à moins qu'il n'y ait quelque autre complication. L'arachnoïde ne fait pas exception à cette règle, et nous savons que la méningite localisée, produite par un épanchement sanguin, peut parfaitement guérir spontanément et dans un espace de temps relativement rapide. Il suffit pour cela que le cerveau ne soit pas contusionné, dilacéré, et ne devienne pas le siège d'une encéphalite concomitante, le plus souvent mortelle. Une autre raison m'empêchait encore de songer à l'intervention, c'était l'étendue probable de l'épanchement sanguin. Nous savions déjà par le fait seul des phénomènes localisés, que les symptômes méningitiques occupaient une étendue assez considérable : vous vous en rendrez facilement compte, en vous reportant à la topographie des localisations cérébrales.

Mais nous savions aussi que ces épanchements arachnoïdiens s'étalent à la surface du cerveau et que dans le cas présent, la méningite consécutive pourrait occuper une certaine étendue de la surface des circonvolutions en arrière ou en avant de la zone motrice. Or, ces régions, antérieure ou postérieure, peuvent être lésées assez profondément sans nous donner des signes évidents. Ils auraient pu seulement être soupçonnés, par l'état de torpeur du malade.

Enfin, l'excitation du centre rotatoire pouvait également nous indiquer que la lésion s'étendait en arrière vers l'extrémité de la scissure de Sylvius, en supposant vraie l'opinion de M. Grasset.

Je me contentai donc d'appliquer sur la tête du malade, préalablement rasée, une vessie de glace, en permanence, et de lui administrer du calomel comme laxatif.

J'ajouterai, messieurs, en terminant, que la suite des événements me donna raison, et que nous vîmes disparaître vers le quinzième jour les phénomènes épileptiformes.

Le malade reprit petit à petit connaissance, mais en restant aphasique pendant quelques jours. Enfin, au bout d'un mois, il ne restait aucune trace de son traumatisme, si ce n'est un léger degré d'embarras de la parole, il balbutiait en prononçant certains mots.

Je terminerai en vous disant, que si ce malade est actuellement guéri, je crois qu'il faut porter un pronostic réservé sur l'avenir.

En effet, l'expérience a appris que tout homme qui a subi un traumatisme grave du cerveau peut au bout d'un certain temps présenter des manifestations plus ou moins sérieuses indiquant que la lésion, quoique réparée, a laissé des traces indélébiles qui peuvent agir après un temps très long sur le fonctionnement de la substance corticale.

En raison de l'intérêt tout particulier qui s'attache aux faits de localisations cérébrales, nous résumerons ici jour par jour l'observation de ce malade.

P... (Antoine), cordonnier, âgé de 34 ans, fit le 8 septembre, à 8 heures du soir, une chute de la hauteur d'un étage; il tomba à la renverse et subit un choc violent qui porta sur la nuque. On l'apporta dans la nuit à l'hôpital de la Pitié.

Le 9, à la visite du matin, il est dans le coma, ne peut se remuer, ne répond à aucune question. Quand on le pique fortement, soulève légèrement ses membres, il y a résolution complète mais pas de paralysies limitées; il ne paraît pas y avoir de troubles de la sensibilité; respiration lente et quelquefois s'arrêtant, mais bientôt suivie d'une inspiration profonde; pouls 88, vomissements porracés; rétention d'urine, inégalité pupillaire; pas de douleurs, pas de traces de contusion; on croit qu'il s'agit d'une commotion cérébrale grave.

10 septembre. Pouls 72. Respiration 18. — Même coma; mouvements spasmodiques dans le buccinateur du côté droit, dans la langue du même côté; yeux grands ouverts, tournés du côté droit ainsi que la face. Respiration irrégulière.

Le 11. On constate nettement des accès d'épilepsie partielle. Les mouvements spasmodiques occupent surtout la joue du facial inférieur. L'attaque commence par la commissure droite des lèvres, puis gagne toute la face, la langue; la mâchoire se serre et se relâche alternativement; un bruit de gargouillement intermittent se produit dans le pharynx le larynx subit de léger mouvements de locomotion, ainsi que le diaphragme qui paraît contracturé au début de l'attaque; puis de légers mouvements convulsifs atteignent le bras droit; pendant toute l'attaque, il se produit une déviation conjuguée à droite de la face et des yeux, qui commence par quelques mouvements saccadés et reste bientôt permanente jusqu'à la fin de l'attaque. Après l'accès qui dure quelques secondes, quelques-uns une ou deux minutes, la face est vultueuse, congestionnée; on constate de plus un peu de parésie du bras droit et un peu de raideur de la mâchoire. Les attaques se succèdent à 10 minutes, un quart d'heure d'intervalle. Toujours rétention d'urine et vomissements. Temp. 36,6 le matin, 37 le soir.

Soir. Dans l'intervalle des attaques la face et les yeux sont tournés du côté gauche.

Le 12. Les attaques sont toujours fréquentes. On constate nettement que, pendant l'attaque, alors que la tête est tournée à droite, le sterno-cléido-mastoïdien gauche est contracté légèrement. Le malade se ranime par moments; on essaie de le faire boire, ce qui amène un accès de suffocation et de toux. Incontinence d'urine.

Le 13. Les attaques sont moins fréquentes; le malade est toujours somnolent, il commence à comprendre les questions, donne la main quand on la lui demande. Pouls à 80. Temp. matin 36,5. Soir 37,6.

Du 14 au 17. L'état est à peu près le même; les attaques sont moins fréquentes, mais durent plus longtemps. L'intelligence revient lentement; le malade ne prononce aucune parole, aucune plainte. Le pouls oscille toujours au voisinage de 80, alors que la température se maintient entre 36,5 et 37,5.

A partir du 17, il se développe un mouvement fébrile manifeste, la température est à 38 le matin et 38,5 le soir; le pouls à 60 et 100.

L'état du malade ne paraît point cependant plus mauvais; les attaques sont toujours assez fréquentes. Dans la journée du 19, de 6 heures du matin à 2 heures de l'après midi, il eut cinq attaques; à 3 heures, une attaque avec mouvements convulsifs de la face et du bras droit; à 5 heures, attaque plus forte avec mouvements des deux bras. Dans la nuit du 19 au 20, trois attaques.

Dans l'intervalle des attaques, il existe de la parésie du bras droit et de la paralysie du facial inférieur droit :

Température 18. — Matin 39,1. — Soir 40,1.
» 19. — » 39,2. — » 39,6.

Le 20 septembre, la fièvre est inteuse; le pouls est à 120, la température monte à 39,5 le matin, incontinence de l'urine et des matières fécales; difficulté de déglutition plus grande que les jours précédents. Les attaques diminuent de fréquence et d'intensité; dans les mouvements de repos, la tête et les yeux sont presque continuellement tournés à gauche. Depuis quatre jours il existe derrière chaque oreille une ecchymose, plus marquée du côté gauche.

Ce soir la fièvre a baissé; la température n'est qu'à 38,6.

Le 21. Le malade est beaucoup moins somnolent et son intelligence reparaît rapidement, mais il ne prononce aucune parole.

Température, matin 38,8. — Soir 38,6.

Le 22. La température est presque normale, 37,5-37,2. Le malade est beaucoup mieux, il comprend les questions, sourit quel-

quefois mais ne répond rien. Il parait être nettement aphasique. On constate un léger degré de constriction des mâchoires. La nuit s'est passée sans attaques épileptiformes ; il n'y a plus guère de gêne pendant la déglutition.

Le 23. La température demeure normale.

Le 24. Le malade tire facilement la langue. Il n'y a plus de constriction des mâchoires; il ne parle point encore.

Le 25. Le malade répond aux questions par monosyllabes ; la parésie du bras droit diminue, la face est moins déviée.

Le 26. L'aphasie diminue de jour en jour.

Le 29. Amélioration notable. Le malade balbutie un peu et répète incomplètement certains mots difficiles. Il mange bien, boit facilement.

Le 30. Encore un peu de faiblesse du bras.

Le 3 octobre. La monoplégie brachiale et faciale ont en grande partie disparu; il reste encore de l'hésitation dans la parole, et le malade ne possède encore qu'un vocabulaire fort incomplet.

Le 8. Le malade parle bien. Il sort.

Nous le revoyons de nouveau vers le 25 octobre, il a repris son état normal; il parle bien, la force a reparu dans le bras droit, la face ne parait pas déviée.

ÉCOLE DE PHARMACIE

Cours de pharmacie galénique, professé à l'Ecole de Pharmacie le 28 novembre 1879, par M. le Dr Bourgoin, membre de l'Académie de médecine. (*Leçon* rédigée par M. Cartier, interne des hôpitaux.)

La pharmacie a pour objet la préparation des médicaments simples et composés, ainsi que l'indique son nom tiré du grec φαρμακον — médicament.

Cette définition est incomplète, il faut en outre ajouter que la pharmacie est à la fois une science et un art.

C'est une science, car la pharmacie est assujettie à des lois spéciales, à certains principes qu'on ne peut ignorer sans s'exposer à commettre des erreurs funestes pouvant amener des accidents très graves, la mort même. Toute science s'appuie sur une ou plusieurs autres ; aussi la pharmacie fait-elle de nombreux emprunts aux sciences qui l'environnent. Elle a recours à la physique : en effet le pharmacien distille, évapore, pèse; elle a recours à l'histoire naturelle (botanique, zoologie, minéralogie) : c'est ainsi que les médicaments sont empruntés aux trois règnes ; — enfin et surtout la pharmacie s'appuie sur la chimie. Il n'en a pas été toujours ainsi et l'on peut dire que la chimie tant minérale qu'organique a pris naissance dans le laboratoire du pharmacien. Précisons, et montrons que parmi les plus grands chimistes, on a de tout temps trouvé des pharmaciens.

Scheele, modeste pharmacien suédois (1742-1786), doué d'un esprit de recherche et d'une patience infatigable, parvint à lui seul à découvrir un grand nombre de corps de la chimie moderne. Le premier, il substitua les flacons de verre aux vessies destinées à recueillir les gaz et donna l'idée des éprouvettes.

Un jour on lui apporte une substance noire, il la traite par l'huile de vitriol (acide sulfurique), évapore et obtient un sel rose magnifique, différent du sulfate de fer : c'était le sulfate de manganèse ; sous l'influence de l'acide muriatique (acide chlorhydrique), cette même matière qu'on désignait sous le nom de magnésie noire, donne un gaz jaune analogue à celui qui se dégage de l'eau royale, c'était le chlore. Il remarque en outre que le produit incomplètement soluble dans les acides laisse comme résidu une poudre blanchâtre, c'était le sulfate de baryte; et le baryum jusqu'alors confondu avec le calcium était découvert.

C'est par de semblables procédés qu'avec les appareils les plus élémentaires, Scheele découvrit le tungstène, le molybdène, etc. ; différentes substances organiques, telles que l'acide oxalique, retiré de l'oseille, l'acide tartrique, du tartre des vins; l'acide lactique $C^6H^6O^6$; l'acide citrique, abondant dans les citrons, les groseilles ; les acides gallique urique, cyanhydrique... Citons en terminant la glycérine qu'il appelait « matière sucrée des corps gras. » Il l'obtint par évaporation des eaux mères de l'emplâtre simple.

A la même époque vivait à Amsterdam un autre pharmacien, Wentzell, qui le premier étudia le phénomène de la double décomposition. Tandis que Scheele était l'homme de laboratoire, l'homme des découvertes, Wentzell était l'homme de science, généralisant les faits observés. Nous lui devons les premières bases de la théorie des équivalents (rien ne se perd ni ne se crée dans la nature, il n'y a que de simples transpositions, suivant des poids déterminés).

Ainsi les premiers éléments de la chimie sont sortis du laboratoire des pharmaciens ; mais parmi les chimistes qui perfectionnèrent cette science, nous trouvons encore des pharmaciens. Vauquelin, qui de simple garçon de laboratoire est arrivé à être directeur de l'Ecole de pharmacie, découvre le chrome. En 1803, Derosne, connu dans l'industrie pour les perfectionnements qu'il a apportés à la fabrication du sucre, découvre la première substance cristallisée extraite de l'opium, la narcotine. Seguin trouve le second principe cristallisé de l'opium; mais c'est Sertuerner (pharmacien et chimiste allemand) qui lui donne le nom de morphine et reconnaît ses propriétés basiques (1817), ce qui explique pourquoi on lui attribue souvent, bien à tort, cette découverte.

Robiquet trouve la codéine (1833). Pelletier et Caventou découvrent la plupart des alcaloïdes. Enfin de nos jours la chimie possède Bussy, Berthelot, Dumas, etc. La pharmacie n'est pas seulement une science, c'est aussi un art, art qui s'apprend comme tous les autres, c'est-à-dire par la pratique; ce qui justifie la nécessité du stage que l'on exige du pharmacien.

Etablissons maintenant que la pharmacie est une science et un art, que la science vient au secours de l'art et que sans art la science est inféconde, c'est-à-dire qu'on ne peut séparer ces deux choses sans détruire la pharmacie.

Et d'abord la science vient au secours de l'art et celui-ci lui indique la route à suivre, lui désigne les problèmes qu'elle doit aborder, les obscurités qu'elle doit dissiper.

Voici des éponges qui viennent sur les rochers de la Méditerranée; si on les torréfie, en évitant, bien entendu, la calcination, on obtient une matière brun noirâtre qui a joui pendant longtemps d'une certaine vogue comme antistrumeuse, comme spécifique contre le goître.

Autrefois l'on ne savait pas à quel principe particulier les éponges devaient cette singulière propriété ; la science est venue : on a traité cette poudre par de l'eau bouillante, ajouté de l'eau amidonnée et de l'eau chlorée, il s'est immédiatement manifesté une coloration bleue caractéristique de l'iode.

Ce corps avait été découvert par Courtois (1811), il s'était aperçu que les chaudières dans lesquelles il préparait la soude étaient rapidement attaquées et en traitant le résidu trouvé dans ces chaudières par l'acide sulfurique, il vit se dégager des vapeurs violettes magnifiques. Ainsi l'iode, qui donne avec le potassium, l'iodure de potassium, est le principe des éponges torréfiées ; problème que l'art a posé et que la science a résolu.

Autre exemple : Les pilules de Blaud se préparaient au début avec du sulfate de fer pur, du carbonate de potasse, de la gomme adragante et du miel. Autrefois on mêlait le sulfate de fer et le carbonate alcalin qui se liquéfiaient l'un par l'autre, on

ajoutait la gomme et on roulait en pilules. L'opération était difficile car la masse durcissait vite, de plus les pilules étaient très altérables. Le Codex a modifié la formule de la manière suivante : sulfate de protoxyde de fer desséché et pulvérisé ; carbonate de potasse pur desséché : de chaque, partie égale; gomme arabique, eau, sirop simple.

Que se passe-t-il dans cette préparation ? Le sulfate de fer et le carbonate de potasse (sels solubles) donnent par double décomposition un sel insoluble : le carbonate ferreux :

$$S^2Fe^2O^8 + C^2K^2O^6 = S^2K^2O^8 + C^2F^2O^6.$$

Or, une molécule de fer se substitue à une molécule de potassium ; il est donc aisé de voir en se reportant aux équivalents (138 du carbonate de potasse et 152 du sulfate de fer), qu'il doit y avoir un excès de carbonate alcalin non décomposé. Ces pilules sont donc une mauvaise préparation, car elles absorbent l'humidité de l'air, et il s'y développe du sesquioxyde de fer. Le Codex recommande de les argenter pour prévenir autant que possible l'altération; et Guibourt a proposé de remplacer le carbonate de potasse par le bicarbonate.

A ces pilules, on préfère les pilules de Vallet et à juste titre.

En effet, les expériences de Cl. Bernard ont montré que les sels de fer ne pénétraient dans l'économie qu'à l'état de protosels; de plus, le carbonate ferreux est éminemment altérable, d'abord verdâtre il devient rapidement rougeâtre en se transformant en sesquixoxyde, mais cette altération est considérablement ralentie par la présence des matières sucrées dans lesquelles Vallet enrobe le sel aussitôt qu'il est formé.

Donc la science permet de perfectionner la préparation du médicament en prenant pour point de départ sa composition.

La science permet au pharmacien d'éviter les accidents.

Ajoutons du calomel à un looch ne contenant que des amandes douces : rien ne se produit; faisons la même addition à un looch préparé selon le Codex, c'est-à-dire renfermant des amandes amères pour l'aromatiser : le looch ne tarde pas à perdre sa couleur blanche et à prendre une teinte plus ou moins brune.

Que s'est-il passé ? Si l'on n'avait qu'une simple coloration l'affaire serait de peu d'importance, mais on a eu des empoisonnements. On a donc été forcé d'étudier la composition des amandes amères. Les amandes renferment une matière albuminoïde, l'émulsine ou synoptase, et les amandes amères diffèrent des amandes douces parce qu'elles seules renferment un principe particulier découvert par Robiquet, l'amygdaline. Or, en présence de l'eau et de l'émulsine, l'amygdaline $C^{40}H^{27}AzO^{32}$ se dédouble en donnant de l'essence d'amandes amères et de l'acide cyanhydrique avec du glucose :

$$C^{40}H^{27}AzO^{22} = 2\ (C^{12}H^{12}O^{12}) + C^{14}H^6O^2 + C^2AzH.$$

Quel est le principe qui agit sur le calomel ? Ajoutons de l'acide cyanhydrique à notre premier looch resté blanc, il devient aussitôt noir ; c'est donc l'acide cyanhydrique qui agit. De quelle manière ? On avait d'abord admis la séparation pure et simple du mercure du calomel, puis Soubeiran a nié le fait et a prétendu qu'il se formait une matière analogue à celle qui prend naissance dans l'altération de l'acide cyhandrique à l'air ; on a dit aussi qu'il se faisait du cyanure de mercure. Enfin Bussy et Buignet ont montré que le calomel se décomposait en mercure et sublimé corrosif.

$$C^2AzH + Hg^2Cl = Hg + HgCl + C^2AzH.$$

L'acide cyanhydrique qui donne au looch une saveur agréable n'est pas décomposé ; de plus il se fait du sublimé, poison violent.

La science montre donc que chaque fois qu'il faudra ajouter du calomel à un looch blanc, on devra supprimer les amandes amères.

Passons aux sinapismes préparés avec la farine de moutarde. Tout le monde n'est pas chimiste et l'on voit des personnes ajouter du vinaigre à la moutarde pour en augmenter l'action : non seulement leur but n'est pas atteint, mais encore le sinapisme agit moins énergiquement.

Bussy a donné l'explication de ce phénomène.

L'essence de moutarde ne préexiste pas plus dans la graine que l'essence d'amandes amères ne se rencontre toute formée dans les amandes amères : l'une et l'autre sont le résultat du dédoublement d'un principe particulier analogue. La farine de moutarde renferme une substance complexe, le myronate de potasse contenant les éléments des sels à base de potassium, de plus du soufre, de l'azote et du carbone : $C^{20}H^{18}KAzS^4O^{20}$.

Ce composé, en présence de la myrosine, analogue à l'émulsine, et de l'eau qui est nécessaire bien qu'elle n'entre pas en réaction, se décompose en glucose, sulfate de potasse et essence de moutarde (éther allylcyanique sulfuré) :

$$C^{20}H^{18}KAzS^4O^{20} = S^2KHO^8 + C^{12}H^{12}O^{12} + C^8H^5AzS^2.$$

L'expérience a montré que la myrosine, principe albuminoïde, était coagulée par la chaleur, détruite par les acides, le vinaigre, et qu'ainsi la réaction était ralentie, ou même complètement arrêtée.

La pharmacie ne s'appuie pas seulement sur les expériences qui sont du domaine de la chimie. Elle a aussi besoin d'observations physiologiques pour connaître la nature de certains médicaments et perfectionner leur préparation.

(A suivre.)

PATHOLOGIE COMPARÉE

Etude sur une épizootie de typhus de porc (vulgairement *le rouge*, *le rouget*, *le violet*).

Par M. Mégnin.

M. Bouley a fait dernièrement à l'Académie de médecine une communication sur une affection typhique du porc, extraite d'un mémoire anglais du Dr Klein. Cette affection existe aussi en France, je viens d'avoir l'occasion de l'étudier presque aux portes de Paris.

C'est dans une laiterie de Mantes (Seine-et-Oise), où l'on se livre également à la fabrication du beurre et du fromage, et à l'engraissement d'un grand nombre de porcs de races anglaises et françaises, au moyen du petit-lait résultant de cette fabrication, que s'est développée l'épizootie en question dans les mois de septembre et d'octobre derniers.

Depuis quelques jours ces porcs succombaient successivement, lorsque le propriétaire fit appeler mon aide, M. Venet, remplaçant provisoirement le vétérinaire de la localité, absent pour quelques jours.

Un porc était mort et enfoui depuis douze heures ; M. Venet le fit déterrer pour en faire l'autopsie, et voici, entre autres détails qu'il m'adresse sur la maladie, le compte rendu de cette opération :

Extérieurement, la peau offrait une coloration d'un rouge foncé depuis le jarret jusqu'à la croupe ; le tissu graisseux sous-jacent était net et la même coloration se remarquait aux membres antérieurs et aux oreilles. L'estomac contenait des matières alimentaires, mais ne présentait aucune lésion, non plus que tout le reste du tube digestif. Hypertrophie du foie et engouement de son tissu qui offre beaucoup d'analogie avec celui de la rate. Décoloration de tous les muscles. Mais, ce qui frappe surtout, ce sont les lésions des poumons : le gauche est le siège d'une

pneumonie ayant débuté par le lobe antérieur ; son tissu est infiltré d'une matière fibrino-purulente ramollie ; une partie seulement du bord supérieur est perméable à l'air ; ailleurs, on pourrait suivre toutes les phases de l'affection : nombreuses petites suffusions sanguines devenant ensuite confluentes, puis le siège d'une hépatisation rouge, puis grise, puis blanche, et enfin vomiques à contenu blanc crémeux ; le poumon droit était seulement fortement engoué. Sur les plèvres costales et viscérales, traces de fausses membranes. Traces de péricardite et tissu musculaire du cœur décoloré et friable. Tous les ganglions lymphatiques hyperémiés et hypertrophiés.

Après cette autopsie d'autres porcs étant encore tombés malades, voici les symptômes constatés par M. Venet :

Les larges pétéchies ou taches rouges violacées cutanées ne se montraient pas immédiatement, ni même constamment ; mais quand elles apparaissaient c'était un signe certain de mort prochaine. Le premier symptôme, le seul constant, c'est la toux et une respiration accélérée accompagnant un état de stupeur, de nonchalance, qui rendait l'animal presque insensible aux excitations extérieures. Quelques sujets présentaient de la diarrhée, mais c'était le petit nombre ; d'autres étaient atteints de boiteries articulaires, causées par de véritables arthrites accusées par le gonflement, la chaleur et la douleur à la pression de l'articulation malade. L'appétit était paresseux, mais persistant néanmoins longtemps surtout chez les sujets chez lesquels la maladie prenait une bonne tournure.

Cette affection diffère évidemment de certain *rouget* ou *violet* que j'ai été à même d'observer en Franche-Comté, et caractérisé d'emblée et à peu près uniquement par de larges taches violettes à la peau, les animaux conservant à peu près leur gaîté et leur appétit et ne présentant qu'exceptionnellement de la toux. On les traitait et on les guérissait tous par des saignées aux oreilles et à la queue pratiquées au moyen de profondes incisions. — Les bonnes femmes ajoutaient à ces saignées des incisions en croix sur le milieu du dos dans lesquelles elles introduisaient un morceau de feuille de poireau. C'était, pour elles, la partie essentielle du traitement et nous ne la citons, bien-entendu, que pour mémoire.

On sait aussi que l'angine tonsillaire, si fréquente chez le porc, s'accompagne aussi fréquemment de pétéchies à la peau.

Le nom de *rouget* ou *violet* s'applique donc à plusieurs maladies différentes, ou bien le symptôme que ce nom rappelle est commun à plusieurs affections.

Revenons au typhus des porcs de Mantes.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 décembre 1879. — Présidence de M. Bouley.

La correspondance non officielle comprend : Des lettres de candidatures : 1° de M. **Camille Dareste**, qui se porte candidat dans la section d'anatomie et de physiologie ; 2° de MM. **Méhu** et **Yungfleisch** qui se portent candidats dans la section de pharmacie ; 3° une lettre de M. le Dr **Bonnafont** relative à l'histoire de deux têtes d'Arabes décapités ; 4° une lettre de M. A. **Boudard**, médecin à Gannat (Allier), accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *Guide pratique de la chèvre nourrice* ; 5° un pli cacheté de M. **Paquet**, pharmacien à Fontenay-aux-Roses (accepté).

M. le Dr de **Pietra Santa** fait une lecture sur la vaccination animale.

Dans une précédente communication, M. le Dr de **Pietra Santa**, au nom de la Société française d'hygiène, avait fait connaître les raisons qui l'avaient conduit à créer à Paris un Etablissement vaccinal pourvu des deux vaccins (jennérien et de génisse).

Parmi ces raisons figurait la faveur que rencontrait la vaccination animale dans plusieurs contrées de l'Europe.

M. de **Pietra Santa** apporte aujourd'hui devant l'Académie de nouveaux documents.

Dans un premier chapitre, il énumère les suppléments d'enquête qui sont parvenus à la Société : d'Italie, d'Espagne, de Russie, d'Allemagne, de Suisse, d'Autriche-Hongrie. Dans le deuxième, il expose l'état de la question aux Etats-Unis et dans l'Empire des Indes. Le troisième est consacré au récit sommaire des études entreprises par le Comité scientifique et parlementaire de l'Association médicale britannique.

En terminant, l'orateur adjure l'Académie de médecine de reprendre en main cette grave question d'hygiène publique : « la vaccination animale. »

« Jusqu'en 1864, elle végétait pour ainsi dire, méconnue, isolée, à l'extrémité de la péninsule italique, lorsque les savantes discussions qui ont retenti dans cette enceinte lui ont donné l'expansion souveraine qui, du premier coup, devait la vulgariser en Italie, sa patrie d'origine, et l'acclimater ensuite dans les contrées les plus lointaines. »

M. **Peter**, communique à l'Académie la première partie de ses recherches sur les *températures morbides locales dans les maladies de l'abdomen.*

Dans l'ascite la température de la paroi abdominale ne s'élève pas au-dessus de la moyenne, quelquefois même elle tombe au-dessous ; dans la phlegmasie chronique, il y a au contraire élévation de la température (péritonite chronique). Il en est de même dans la péritonite tuberculeuse. Dans l'ascite, il n'y a qu'un fait physique, la filtration du sérum du sang à travers les parois veineuses distendues, tandis que la phlegmasie chronique du péritoine élève toujours cette température locale, parce qu'il y a là un acte dynamique, un travail, la sécrétion de sérosité fibrineuse.

D'où il suit qu'en pathologie comme en mécanique, partout où il y a un travail accompli, il y a calorique dégagé.

Il s'ensuit encore réciproquement que ce calorique dégagé, décelant un travail accompli, peut devenir un moyen de diagnostiquer ce travail. Enfin cette extension du travail morbide ne doit pas seulement s'entendre de la sécrétion d'un produit morbide inflammatoire, mais encore de la genèse d'un néoplasme (tubercule ou cancer) et de l'évolution de celui-ci ; le calorique dégagé à cette occasion pouvant révéler la naissance comme les phases d'évolution du néoplasme.

M. **Onimus** fait une lecture sur les *particularités de la contractilité électro-musculaire et du mode d'action du curare.*

M. **Onimus** développe cette idée, que le curare n'agit pas sur toutes les parties des nerfs moteurs, qu'il n'empoisonne que les troncs nerveux et qu'il laisse intacts aussi bien ses filets terminaux que les autres.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 *novembre* 1879. — Présidence de M. Magnan.

M. **Galezowski** fait une communication d'où il résulte que l'atrophie papillaire peut être consécutive à un traumatisme et être confondue avec celle qui précède ou accompagne l'ataxie locomotrice.

MM. **Magnan** et **Laborde** rapportent des faits qui prouvent que l'atrophie papillaire peut être héréditaire.

M. **Hallopeau** fait observer que l'atrophie de la papille précède quelquefois d'une vingtaine d'années le début de l'ataxie locomotrice. Les faits produits par M. **Galezowski** rendront le diagnostic différentiel plus difficile.

M. **Mathias Duval**, en présentant un Mémoire sur l[illegible]s nerfs crâniens, insiste de nouveau sur la décussation des nerfs pathétiques qu'il a mise en lumière par des pièces et des préparations histologiques.

M. **Gréhant** a étudié dans quelles conditions se faisaient l'absorption et l'élimination de l'acide carbonique dans l'air et dans un mélange en proportions variables d'air et d'acide carbonique.

Faisant respirer à un chien 50 litres d'air pur, M. **Gréhant** constate que l'animal expire 2 gr. 747 d'acide carbonique.

Si l'on fait respirer au même animal un mélange d'air et d'acide carbonique à 1/50e, l'air expiré contient 3 gr. 61 d'acide carbonique ; en tenant compte de la quantité d'acide carbonique inspiré, on voit que l'animal n'a éliminé que 1 gr. 78 d'acide carbonique. Quand la propor-

tion d'acide carbonique de l'air inspiré augmente 2 litres CO^2 pour 48 litres d'air), l'animal n'élimine plus que 0 gr. 533 d'acide carbonique. Quand la proportion d'acide carbonique augmente et qu'elle atteint 4 ou 5 litres, non seulement il n'y a plus d'élimination, mais il y a même absorption. A cette dose l'animal paraît peu souffrir, mais il y a de l'anhélation.

M. Javal présente un nouveau photomètre.

M. d'Arsonval présente un nouveau moteur électrique pouvant servir aux différents besoins des laboratoires de physiologie. La pile excitatrice est à deux liquides: nitrate d'argent et chlorure de sodium. Au repos, le chlorure d'argent s'oppose à la neutralisation réciproque des liquides. Quand la pile est en activité, il est décomposé et se reforme sans cesse. On peut mesurer le travail intérieur de la pile, ainsi que l'intensité du courant, en mesurant, à l'aide d'un gazomètre, le bioxyde d'azote qui se dégage.

VARIÉTÉS

Des modifications introduites dans le programme des connaissances requises pour l'obtention du certificat d'herboriste.

Rien n'est plus dangereux à coup sûr, pour la santé publique, que ces demi-épiciers qui, grâce à un certificat obtenu jusqu'ici avec une déplorable facilité, joignaient à la parfumerie et à d'autres accessoires, le commerce des plantes médicinales. Dans une grande ville comme Paris l'utilité des herboristes est très contestable. Nous ignorons du reste si en province ils rendent des services. A Paris, surtout dans les quartiers populeux et au voisinage des marchés, les herboristes font tout ce qui ne concerne pas leur état, de la pharmacie, de la médecine, de la chirurgie ; aucune des branches de l'art de guérir n'échappe à leur compétence. Il en résulte pour les malades, pour les médecins et pour les pharmaciens un préjudice grave.

En dépit des ruses de peaux rouges qu'ils emploient pour exercer clandestinement ces diverses professions, bon an mal an quarante au moins de ces industriels sont condamnés. L'amende qui les frappe est généralement de cinq cents francs, mais grâce à diverses influences de quartier elle est souvent réduite à un minimum illusoire.

Le nombre des certificats d'aptitude délivrés va toujours croissant; en 1879 il a été environ de *cent quarante* !

Les herboristes existent de par la loi, une loi seule pourrait les faire disparaître. Néanmoins il a paru utile au point de vue de la santé publique de diminuer le nombre de ces dangereuses officines.

On a atteint, au moins partiellement, ce résultat en exigeant des garanties plus sérieuses que par le passé pour l'obtention du certificat d'herboriste.

Il y a fort peu de temps encore on exigeait seulement des candidats la reconnaissance et la dénomination simple des espèces médicinales indigènes.

Un récent décret a rendu ces épreuves plus sérieuses en exigeant :

1° Un examen littéraire éliminatoire devant être subi avant l'examen technique. Cet examen a lieu devant une commission formée du secrétaire de l'Ecole supérieure de pharmacie (ou de l'Ecole mixte) et des professeurs délivrant le certificat ; il porte sur la grammaire et sur l'arithmétique.

2° Un examen technique, comprenant outre la détermination des plantes indigènes leurs caractères botaniques.

Pour l'examen littéraire il y aura deux sessions chaque année ; une en novembre et l'autre en avril.

Dans la première session, tenue seulement il y a quelques jours, 19 candidats seulement sur 52 ont été jugés admissibles.

On voit par cette simple proportion, sans préjuger de ce qui arrivera lors de l'épreuve technique, combien le nouveau décret est appelé à diminuer dans l'avenir le nombre des candidats à l'obtention du certificat d'herboriste, et par suite celui de ces officines clandestines reléguées tantôt dans la cave, tantôt dans le grenier, tantôt dans un coin obscur et humide des boutiques d'un grand nombre d'herboristes.

BIBLIOGRAPHIE

De la méthode sanglante dans les rétrécissements de l'urèthre, par le Dr GRÉGORY, 1879. A. Delahaye et Cie, libraires éditeurs.

M. Grégory, prosecteur de la Faculté de médecine de Bordeaux, débute par un historique fort intéressant et fort complet de la méthode sanglante, et nous montre les phases diverses qu'elle a parcourues depuis son origine jusqu'à nos jours. L'auteur établit trois périodes distinctes caractérisant son évolution.

La première va de la date de sa naissance, c'est-à-dire la fin du XVIe siècle, jusqu'à l'époque où elle succombe sous les efforts du chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, Desault. C'est la période de début.

La seconde commence avec Syme et Reybard, pour finir en 1855 après le bannissement dont la Société de chirurgie frappe la méthode sanglante. C'est la période de renaissance.

La troisième période, ou période d'état, prend son origine à peu près à ce moment pour venir jusqu'à nos jours.

Dans la seconde partie sont relatées les très nombreuses observations et statistiques recueillies tant en France qu'à l'étranger, et sur lesquelles porte la discussion qui fait l'objet de la troisième partie de ce travail. En voici du reste les conclusions :

1° L'uréthrotomie interne, considérée actuellement comme une opération bénigne et efficace, est au contraire dangereuse au point de vue du bénéfice apporté.

2° L'uréthrotomie externe, jusqu'à présent considérée comme une opération grave, est au contraire d'une innocuité absolue et d'une efficacité plus durable au point de vue de la récidive.

3° L'uréthrotomie externe doit donc remplacer l'uréthrotomie interne dans le cas où celle-ci est indiquée, sauf cependant dans le cas de retrécissement de la portion libre de l'urèthre, dans lesquels on pourra y avoir recours, bien qu'elle soit encore susceptible de provoquer des accidents graves.

4° La dilatation lente progressive reste la méthode générale de traitement des coarctations uréthrales.

L'incident de l'Ecole pratique.

Dans les précédents articles publiés sur l'incident de l'Ecole pratique que nous considérons comme clos, il est bien entendu que nous avons toujours mis la personnalité de M. Farabeuf en dehors du débat. Tout en maintenant les droits de l'enseignement libre, nous reconnaissons que notre excellent ami M. Farabeuf a organisé l'enseignement de l'anatomie à l'Ecole pratique avec un zèle et une intelligence dont les étudiants doivent lui être très reconnaissants.

NOUVELLES

— FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 4 décembre 1879, la chaire d'anatomie et la chaire de médecine légale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille sont déclarées vacantes.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Collège de France. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, en date du 28 novembre 1875, M. le Dr Alb. Hénocque, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, est nommé directeur adjoint du laboratoire de médecine de l'Ecole des hautes études au Collège de France.

— Révision de la loi sur les spécialités. — Nous apprenons qu'il se forme un syndicat des principaux médecins et pharmaciens spécialistes français, pour la défense des intérêts de la spécialité en général, et l'élaboration du projet d'une loi nouvelle, reconnue indispensable, qui serait présentée aux Chambres très prochainement. MM. les médecins et pharmacins spécialistes qui désireraient faire partie dudit syndicat ou avoir des renseignements plus complets à ce sujet, n'ont qu'à écrire au secrétaire du comité, en voie de formation, 24, rue Rodier, à Paris.

— Hôpitaux de Paris. — *Concours pour les prix de l'internat* : Le concours est terminé pour la première division (internes de 3e et 4e années). Voici quelles ont été les questions orales :

Pathologie externe. *Signes et diagnostic de la fracture du rocher.*

Pathologie interne. *Symptômes et diagnostic de la pérityphlite.*

Le résultat a été le suivant :

Médaille d'or. — M. Barth, interne à l'hôpital Cochin.

Médaille d'argent. — M. Merklen, interne à l'hôpital Saint-Louis.

Première mention. — M. Nélaton, interne à l'Hôtel-Dieu.

Deuxième mention. — M. Mayor, interne à l'hôpital Lariboisière.

— Thérapeutique appliquée. — Le Dr Galippe a commencé ce cours à l'École pratique et le continuera les jeudi et samedi à 6 heures. — Amphithéâtre no 3.

— Cours particulier. — Préparation aux 3e et 4e examens de Doctorat.

(Physique, chimie, histoire naturelle médicale, thérapeutique.)

S'adresser au Dr Galippe, à l'hôpital des Cliniques, mardi, jeudi, samedi, de onze heures à midi.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Guide de l'élève et du praticien pour les travaux pratiques de micrographie comprenant la technique et les applications du microscope à l'histologie végétale, à la physiologie, à la clinique, à l'hygiène et à la médecine légale, par H. Beauregard, docteur en médecine, docteur ès sciences, professeur agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie, et V. Galippe, docteur en médecine, ancien chef des travaux pratiques de micrographie à l'Ecole supérieure de pharmacie, membre de la Société de biologie. 1 vol in-8o de 900 pages, avec 570 figures dans le texte. Prix : 15 fr. G. Masson, libraire de l'Académie de médecine, 120, boulevard Saint-Germain et rue de l'Eperon en face de l'Ecole de médecine.

Manuel de physiologie humaine par le Dr J.-A. Fort, professeur libre d'anatomie, etc. 1 vol in-18, avec 141 figures intercalées dans le texte, 10 francs. Paris, V. Adrien Delahaye et Cie, éditeurs.

Traité complet d'ophthalmologie par MM. les Drs L. de Wecker et E. Landolt (cet ouvrage remplace la 3e édition du traité de Wecker). Prix Chateauvillard. T. I, 2e partie. Gratis pour les souscripteurs. Prix du tome I complet. 1 fort volume in-8o, avec 282 figures dans le texte et 2 planches, 17 francs. Paris V. Adrien Delahaye, éditeurs.

Traité des maladies de la peau par le Dr Neumann, professeur de dermatolologie et de syphiliographie à l'Université de Vienne, traduit sur la 4e édition et annoté par les docteurs G. et E. Darin. 1 vol. in-8o avec 76 figures dans le texte. 13 fr. Paris, V. Adrien Delahaye, éditeurs.

Le Propriétaire-Gérant : V. Cornil.

THÉRAPEUTIQUE

Parmi les médicaments analeptiques, le phosphate de chaux occupe une place très importante. On sait en effet que cette substance entre dans une assez grande proportion dans la composition de quelques-uns de nos tissus. On le trouve à l'état de diffusion dans le sang, où il est dissous à l'aide de l'acide carbonique contenu dans le plasma, et dans les humeurs de l'organisme, notamment dans le sperme. Mais c'est dans le tissu osseux principalement qu'on le rencontre dans des proportions considérables : les os renferment environ 52 pour 100 de ce principe, ce qui donne pour le squelette humain, dont le poids moyen est de 5 kil. 500, le chiffre élevé de 2 kil. 86 de phosphate de chaux.

C'est donc surtout dans les affections du tissu osseux qu'on emploiera avec avantage le phosphate de chaux. Ainsi, dans les fractures, l'administration de ce sel favorisera la formation du cal osseux et facilitera le travail de consolidation; dans le rachitisme, dont la cause principale est dans la suppression de l'allaitement et dans le sevrage prématuré, le lait renfermant une quantité très notable de chaux, on devra également administrer ce sel calcaire. Ce médicament trouve encore un emploi très rationnel dans l'ostéomalacie, dans le mal de Pott et dans la scrofule. Enfin, suivant les analyses de Mouriez, l'alimentation dans les villes étant défectueuse sous le rapport de sa teneur en phosphate de chaux, on devra l'administrer aux femmes enceintes, aux nourrices et aux enfants qui, dans les cités populeuses, ne trouvent pas dans leurs aliments la quantité de phosphate calcaire qui leur est nécessaire. On remédiera de cette façon aux graves inconvénients qui résultent de l'insuffisance de ce sel et on rendra la dentition des enfants plus facile et leur croissance plus rapide.

Le phosphate de chaux rend encore de grands services dans la tuberculose au premier degré en favorisant la *crétification* des tubercules, le seul mode de guérison que l'on puisse espérer dans cette redoutable affection.

Dans les périodes plus avancées de la maladie, si l'on doit abandonner tout espoir de guérison, du moins on trouvera dans le phosphate de chaux un précieux médicament; il servira à contre-balancer l'élimination exagérée de ce principe qui a lieu chez ces malades; il servira en outre à diminuer les sueurs nocturnes et à combattre les diarrhées qui épuisent si rapidement les tuberculeux.

Telles sont les affections dans lesquelles l'emploi du phosphate de chaux trouve des indications précises et rationnelles. On l'a préconisé encore dans une foule d'autres maladies, comme l'anémie, la chlorose, les affections du système nerveux, etc.; mais nous avouons ne pas saisir les raisons pour lesquelles on a recommandé ce médicament dans ces affections. Nous nous garderons bien, quant à nous, de faire du phosphate de chaux une panacée universelle, car c'est, à notre avis, jeter du discrédit sur un composé très utile déjà dans un si grand nombre de cas.

Après avoir indiqué très sommairement les principales applications thérapeutiques du phosphate de chaux, il nous reste maintenant à passer rapidement en revue les diverses formes sous lesquelles on l'a employé.

Le phosphate de chaux se présente sous trois formes : 1o le phosphate tribasique ; 2o le phosphate neutre ou bibasique ; 3o le phosphate acide. Les deux premiers sont insolubles dans l'eau, mais sont solubles dans les acides; le dernier seul est soluble dans l'eau.

Si l'on administre le phosphate tribasique ou le phosphate neutre, ils ne seront absorbés qu'après avoir été dissous dans l'estomac à l'aide de l'acide du suc gastrique; mais dans ce cas, une faible quantité seulement de ces sels sera dissoute et absorbée; le reste sera éliminé en pure perte avec les fèces. C'est pourquoi on a dissous ces phosphates, soit dans l'acide lactique, soit dans l'acide chlorhydrique, pour en favoriser l'absorption. Mais il nous semble inutile d'avoir recours à ces diverses solutions, puisque nous possédons un phosphate calcaire parfaitement soluble lorsqu'il est bien pur, le phosphate monocalcique.

Une combinaison heureuse, suivant nous, consiste dans l'emploi de ce phosphate soluble dont on a neutralisé l'acidité, sans nuire à sa solubilité, par l'addition d'une certaine quantité de chlorure de sodium. On réunit ainsi deux médicaments dont l'association produit d'excellents effets. Le chlorure de sodium exerce une action des plus utiles en activant la sécrétion du suc gastrique et en favorisant de cette manière la pénétration du phosphate de chaux dans le sang et son dépôt dans le tissu osseux, fait qui a été constaté par Sabellin et Dorogow (Canstat'st Jahresbericht, 1867, t. 1). De plus, le chlorure de sodium exerce une action puissante sur la nutrition et trouve ainsi son emploi dans la phthisie en favorisant la digestion et en s'opposant aux vomissements si fréquents chez les tuberculeux. C'est au docteur Amédée Latour qu'on doit principalement d'avoir démontré l'efficacité de ce sel dans cette maladie (*Union médicale* 1851 et 1856. — Note sur le traitement de la phthisie pulmonaire. Paris, 1856). Le chlorure de sodium est donc un médicament synergique du phosphate de chaux et l'on voit que la réunion de ces deux sels est absolument rationnelle.

Voir plus loin : **Solution Dubost.**

Paris. — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 29-31.